Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Les Services gériatriques dispensés dans les hôpitaux de soins actifs

A : Unités d'évaluation et de traitement gériatriques

B : Hôpitaux de jour pour personnes agées

Guide

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Guide pour l'établissement de normes régissant les

SERVICES GÉRIATRIQUES DISPENSÉS DANS LES HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS :

A : UNITÉS D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT GÉRIATRIQUES
B : HÔPITAUX DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

Publication par la
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social

Also available in English under the title
Geriatric Services in Acute Care Hospitals:
A: Geriatric Assessment and Treatment Units
B: Geriatric Day Hospitals

90-06656/

REMARQUE

Les renseignements contenus dans ce guide sont considérés à jour au moment de leur approbation; toutefois, comme de nombreux aspects des soins de santé et de la technologie en matière de santé changent constamment, nous apprécierions toutes suggestions visant à modifier ce guide. Tout renseignement portant sur des progrès ou des questions connexes doit être adressé au :

Secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux
programmes en établissement
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

© Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1990
N° de cat. H39-49/6 1990F
ISBN 0-662-95947-7

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
PRÉFACE	v
LISTE DES PARTICIPANTS	viii
REMERCIEMENTS	xi
INTRODUCTION	1
SERVICES GÉRIATRIQUES DISPENSÉS DANS LES HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS	5
1. Aperçu général	5
ÉVALUATION DES SOINS GÉRIATRIQUES	9
1. Préambule	9
2. Définitions	9
3. Population cible	10
4. Processus d'évaluation	11
4.1 Contenu	11
4.2 Plan d'intervention	12
4.3 Organisation	13
4.4 Résultats et suivi	13
GUIDE À L'INTENTION DES UNITÉS D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT GÉRIATRIQUES	17
1. Répartition des unités	17
2. Nombre de malades – Unité de soins pour malades hospitalisés	18
3. Nombre de lits	18
4. Autres services	19
5. Organisation du programme et politiques	19
6. Fonctions et attributions du personnel	22
7. Équipement	26
8. Répartition et utilisation de l'espace – caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	27

GUIDE DESTINÉ AUX HÔPITAUX DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES 31

1. Nombre de malades 32
2. Services d'hospitalisation 33
3. Autres services 33
4. Répartition des unités 34
5. Liens entre les programmes 34
6. Organisation du programme et politiques 35
7. Fonctions et attributions du personnel 36
8. Équipement 37
9. Répartition et utilisation de l'espace – caractéristiques spéciales du plan d'aménagement 38

ANNEXES

I Participants à l'atelier sur l'évaluation gériatrique 41

II Bibliographie choisie 49

III Organisation administrative, programmes et méthodes 51

IV Liste des guides relatifs aux programmes en établissement 54

■ PRÉFACE

Les changements survenus dans les modes de prestation des services de santé ont rendu nécessaire l'établissement de guides pour faciliter la planification et la mise en oeuvre de programmes et de services dans les établissements. Le présent guide[1] *fait partie d'une série de publications produites sous la direction du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement. On y donne une définition uniformisée des exigences prévues pour un certain nombre de services et de programmes de soins spéciaux dans les établissements de santé (ci-après désignés sous le terme services).*

De façon générale, les guides s'appuient sur les renseignements, les connaissances, l'expérience, les résultats de recherche et les avis éclairés de professionnels de la santé et d'organisations de tout le Canada. Ainsi, de nombreux Canadiens de toutes les régions du pays peuvent contribuer à la rédaction des guides et l'on peut établir un consensus sur l'approche proposée. D'autres données sont souvent recueillies auprès d'organisations nationales et internationales et d'autres experts dans le domaine.

Renseignements de base

Le programme de rédaction de guides a vu le jour en 1972 et relève du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services médicaux et des services en établissement. Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement est un sous-comité permanent du Comité consultatif. Composé de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et des organisations professionnelles, il est chargé de coordonner l'élaboration des guides commandés par le Comité consultatif.

Les guides sont rédigés par des groupes d'experts formés de professionnels de la santé, dont certains représentent le gouvernement. La version finale est revue par le Sous-comité qui en recommande l'approbation au Comité consultatif.

1 On trouvera une liste complète des guides à l'annexe IV.

Objet

L'objet des guides est de donner un aperçu détaillé des exigences relatives aux services dans les établissements de santé. Bien qu'ils soient établis à partir des connaissances et de l'expérience communes d'experts, on ne devrait pas les considérer comme des normes rigides. Les autorités provinciales dans le domaine des services de santé peuvent les adapter à leurs besoins.

Les guides aideront les responsables qui projettent la création d'un service à déterminer si un tel service est nécessaire à l'échelle locale, régionale ou, dans certains cas, à l'échelle provinciale ou interprovinciale.

Les services déjà en place pourront se servir des guides pour détecter les lacunes et résoudre les problèmes sans qu'il soit nécessaire de créer de nouveaux services. Dans le cas où un service existe déjà, les guides permettront :

- de cerner les problèmes relatifs à l'administration, au personnel, au matériel et aux installations;
- de déterminer les mesures correctrices à prendre, et
- d'établir un ordre de priorité pour l'application de ces mesures correctrices en tenant compte des besoins d'ordre clinique, du financement et de la gravité des lacunes constatées.

Avenir

L'augmentation spectaculaire du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de santé a contribué à l'accroissement des besoins d'installations additionnelles, de matériel spécialisé et de personnel très qualifié. Les nouvelles approches thérapeutiques ont fait par ailleurs ressortir la nécessité d'assurer un continuum de soins, à l'intérieur duquel l'admission dans un établissement ne constitue qu'un aspect de la prise en charge. Il faut donc cerner les liens entre les différents éléments de ce continuum, allant de la prévention de la maladie aux soins pour les malades chroniques. Tant que de nouveaux traitements et de nouvelles méthodes continueront de faire leur apparition, les responsables de la planification et de l'organisation des services en établissement auront besoin de lignes directrices.

Révisions

Comme les modes de prestation de soins évoluent rapidement, les guides devront être régulièrement révisés et mis à jour. Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement planifiera et supervisera ces révisions.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui ont fait un travail énorme et qui ont consacré un temps considérable à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration du présent guide. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, de toute autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont fournis.

LISTE DES PARTICIPANTS

SOUS-COMITÉ SUR LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, chargé de la préparation des nouveaux guides et des mises à jour se compose des personnes suivantes :

Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Murray Barber
Expert-conseil en programmation
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Primrose Bishop
Director
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S, Newfoundland

Marilyn Brewer
Standards Liaison Officer
Program Support Services
Institutional Services Division
Department of Health and Community Services
FREDERICTON, New Brunswick

Pauline F. Chartrand, coordonnatrice
Expert-conseil en soins prolongés
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Dr Gordon A. Judge
Medical Director and Associate
Executive Director
St. Joseph's Hospital
HAMILTON, Ontario

Frank Langer
Director
Institutional Operations
Alberta Hospital and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Phyllis MacDonald
Nursing Consultant
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

David L. Martin
Expert-conseil en technologie de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Paul Pallan
Executive Director
Continuing Care Division
Ministry of Health
VICTORIA, British Columbia

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Institutional Division
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Dr François Simard
Médecin
Ministère de la Santé et
des Services sociaux
QUÉBEC (Québec)

REMERCIEMENTS

Le présent guide est une mise à jour du document "Unités de gériatrie dans les hôpitaux : hôpitaux de jour pour personnes âgées" initialement publié en 1979. En septembre 1988, le Conseil consultatif national sur le troisième âge avec l'appui de la Division des services professionnels et institutionnels du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a organisé un atelier sur l'évaluation gériatrique, au cours duquel ont été examinés le contenu de la version originale du guide ainsi que les nouvelles initiatives et approches dans le domaine. Des renseignements précieux, dégagés de cet atelier, ont été utilisés pour la révision du guide.

Le Sous-comité est redevable à ceux qui ont participé aux ateliers (voir Annexe 1) et plus particulièrement au D[r] Michel Baron qui a présidé la séance et aux personnes suivantes qui ont soumis des textes sur l'évaluation gériatrique au Canada, à savoir : D[r] David Gayton, D[r] James Kirkland, D[r] Christopher Patterson, D[r] John Puxty et D[r] Duncan Robertson. Ces textes ont été utilisés abondamment au cours de la révision du guide.

INTRODUCTION

De nos jours, les Canadiens âgés sont très autonomes et la plupart vivent dans la collectivité sans aide spéciale. Lorsqu'on planifie les soins à dispenser aux personnes âgées qui ont besoin d'aide, il est plus important de tenir compte des besoins biologiques, psychologiques et sociaux de l'individu plutôt que de son âge chronologique. Il reste que les personnes très âgées, celles qui ont soixante-quinze ans et plus, ont généralement besoin d'une assistance plus soutenue dans la mesure où leur vulnérabilité va s'accentuant.

Récemment, des projections démographiques ont été analysées dans bon nombre de rapports nationaux (Voir la Bibliographie choisie, à la page 49) et on s'entend généralement pour dire que la population âgée, surtout le groupe des soixante-quinze ans et plus, est appelée à augmenter rapidement au cours des années à venir.

Tous les services destinés aux membres âgés de la population ont pour objet de préserver leur autonomie et de leur permettre de rester le plus possible maîtres de leur existence. Les services gériatriques dispensés dans les hôpitaux de soins actifs font partie d'un spectre de services requis par les personnes âgées vivant dans une collectivité. Lorsque des soins hospitaliers, par exemple, des soins en établissement en cas de maladie aiguë, s'imposent, il s'agit avant tout de permettre aux patients de renouer le plus tôt possible avec leur mode de vie habituel.

Il importe que la collectivité soit dotée d'un réseau de services qui offre à un grand nombre de personnes âgées le soutien dont elles ont besoin pour pouvoir vivre en dehors d'un cadre institutionnel. Ces services doivent être coordonnés et il faut pour ce faire des ressources. La liste qui suit donne un aperçu de la grande diversité de services de santé et de soutien et de services éducationnels qui doivent être offerts pour répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des personnes âgées vivant dans la collectivité.

1. **Promotion de la santé et prévention de la maladie**

   Prévention primaire – Il s'agit d'activités qui visent à inciter les intéressés à introduire des changements (par exemple, l'abandon du tabac, l'adoption d'un régime alimentaire approprié) dans leurs habitudes de vie de manière à réduire les risques associés à certains problèmes de santé, notamment l'hypertension artérielle.

   Prévention secondaire – Le dépistage de cas auprès de certaines populations à risque élevé peut permettre de détecter tôt un déclin des capacités fonctionnelles chez la personne âgée, lorsqu'une intervention a le plus de chances de ralentir, d'arrêter ou d'inverser le processus.

2. **Sensibilisation**

   Sensibilisation de la famille et de la population – à propos du vieillissement et des besoins des personnes âgées.

   Sensibilisation des personnes âgées – retraite, nutrition, habitudes de vie, exercices, services d'information.

   Sensibilisation des professionnels – plus particulièrement des médecins, des infirmières, des spécialistes de la réadaptation.

3. **Soins médicaux primaires**

4. **Services hospitaliers** – soins actifs (soins physiques et psychiatriques).

5. **Logement** – diverses formules de logement, de la vie complètement autonome à la vie autonome assortie de certains services.

6. **Transport** – transport en commun adapté aux besoins des personnes âgées, services de transport spéciaux pour les handicapés.

7. **Services sociaux et récréatifs**

8. **Soins à domicile** – repas, soins infirmiers, entretien ménager, fournitures et appareils, physiothérapie, ergothérapie, inhalothérapie.

9. **Services sociaux** – aide financière, logement, modification domiciliaire.

10. **Services aux personnes en difficulté** – centre d'information, services d'urgence.

11. **Services de bénévoles** – visite à domicile, déplacement en voiture, lecture, livraison de repas, parrainage.

12. **Évaluation, placement, traitement et suivi prolongé** – unité de soins gériatriques pour malades hospitalisés, hôpital de jour pour personnes âgées, équipe interdisciplinaire itinérante.

13. **Soins de jour**

14. **Soutien aux familles et services de relève**

15. **Soins prolongés en établissement** – (soins requis pour une période plus étendue ou services de relève) – foyers d'hébergement pour personnes âgées, centres d'accueil, établissements de soins prolongés.

16. **Évaluation et recherche** – services individuels et programme.

■ SERVICES GÉRIATRIQUES DISPENSÉS DANS LES HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS

1. APERÇU GÉNÉRAL

Au cours des dernières années, divers services gériatriques spécialisés ont été mis au point dans les hôpitaux canadiens de soins actifs, pour répondre à des besoins locaux ou régionaux. Ces initiatives reposent sur le principe que les besoins en soins de santé des personnes âgées diffèrent dans bien des cas de ceux des membres plus jeunes de la population et qu'un pourcentage croissant de journées d'hospitalisation sont consacrées à la clientèle âgée. Voici une série de faits qui font ressortir les différences et les besoins spéciaux.

- Un des effets du processus normal de vieillissement est la diminution progressive, une fois l'âge moyen passé, de la capacité d'un individu à combattre la maladie (affaiblissement des systèmes homéostatique et immunitaire).

- Dans bien des cas, la maladie se manifeste différemment chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes, et en règle générale, le même sujet présente des problèmes médicaux multiples.

- Les personnes âgées prennent plus de médicaments (d'ordonnance ou en vente libre) que les sujets plus jeunes, d'où des risques accrus de maladies iatrogènes qui précipitent leur admission à l'hôpital. (De 10 à 20 pour cent de toutes les admissions de personnes âgées sont attribuables à une interaction médicamenteuse et aux effets secondaires des médicaments).

- Les problèmes physiques et psychiatriques sont plus fréquents parmi les personnes très âgées, celles qui ont plus de 75 ans.

- Le type de soins actifs dispensés dans un hôpital général incite la personne âgée à dépendre des autres au lieu de l'aider à conserver ou à retrouver le plus d'autonomie possible dans son fonctionnement. Une attitude de dépendance peut ainsi être créée en l'espace de quelques jours.

- L'ambiance non familière des hôpitaux de soins actifs qui utilisent abondamment la technologie de pointe peut créer un sentiment de confusion et d'aliénation chez le malade âgé.

Les services dispensés aux malades âgés dans un établissement de soins actifs, en tenant compte des facteurs énumérés ci-dessus, se traduisent par un certain nombre d'avantages pour les dispensateurs de services et les patients.

- Le recrutement de spécialistes du domaine donne lieu à un diagnostic plus éclairé et à un traitement plus efficace.

- L'établissement peut attirer des personnes convenablement formées, d'où un diagnostic plus éclairé et un traitement plus efficace.

- Il est possible de rationaliser les services dans une collectivité ou une région et d'éviter ainsi le double emploi sur le plan des services.

- L'environnement peut être adapté aux besoins (physiques, psychologiques et sociaux) des personnes âgées.

- Les soins doivent être envisagés à plus long terme, ce qui donne plus de souplesse pour des questions telles que les repas, les vêtements, la participation de la famille, etc.

- Il est possible de rationaliser l'utilisation des ressources de manière à privilégier la réadaptation.

- L'enseignement en cours d'emploi et l'éducation permanente peuvent être centralisés.

- Il est possible d'entreprendre la formation d'étudiants appartenant à des disciplines diverses et de leur offrir une expérience pratique.

- Il est possible d'encourager et de faciliter les activités de recherche et de développement relatives aux soins gériatriques.

- Les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale ne seront pas automatiquement orientés vers un hôpital psychiatrique mais, dans bien des cas, ils seront d'abord évalués dans l'établissement de soins actifs.

- Le placement injustifié dans un établissement de soins prolongés peut souvent être évité.

On peut faire appel à l'une des méthodes suivantes pour structurer le mode de prestation de services aux personnes âgées dans un établissement de soins actifs[2]:

1. Une unité d'évaluation et de traitement gériatriques peut répondre aux besoins d'une collectivité ou d'une région et fait généralement partie d'un centre ou d'un hôpital de soins actifs.

2. Des services hospitaliers de jour qui englobent l'évaluation et le traitement et qui mettent fortement à contribution les professionnels de la santé peuvent être dispensés aux malades ambulatoires.

3. Une unité de traitement et de réadaptation pour malades âgés devrait être conçue de manière à offrir les programmes qui répondent aux besoins des malades âgés hospitalisés.

4. On peut mettre sur pied des services pluridisciplinaires de consultation externe qui sont conçus de façon à combler les besoins des personnes âgées dans les collectivités fortement touchées par le vieillissement de la population et où un pourcentage élevé de la population de malades fait partie du troisième âge et/ou lorsque le problème qui constitue le principal motif des consultations est plus fréquent chez les personnes âgées, par exemple la maladie d'Alzheimer et les troubles connexes. Des cliniques sur le diabète, l'ostéoporose, l'incontinence, etc. peuvent s'avérer plus efficaces que d'autres services de consultation externe offerts à titre de suivi aux malades âgés aux prises avec de multiples problèmes.

5. Des équipes interdisciplinaires itinérantes provenant d'un établissement ou d'une collectivité peuvent également répondre aux besoins des personnes âgées. Elles peuvent se donner pour objectif d'évaluer ou de traiter le malade à domicile; d'évaluer le sujet; d'offrir des services de consultation aux travailleurs communautaires ou à la famille.

2 Dans ce guide, seuls sont traités les sujets évoqués dans les rubriques 1 et 2. Un guide qui porte sur les unités de traitement et de réadaptation gériatriques (rubrique 3) est prévu. Quant au contenu des rubriques 4 et 5, il pourrait faire l'objet d'un guide plus tard.

■ ÉVALUATION DES SOINS GÉRIATRIQUES

1. PRÉAMBULE

Les unités et les services d'évaluation en gériatrie existent depuis vingt ans au Canada. Au début, les initiatives dans ce domaine ont été prises par le ministère des Anciens combattants qui avait mis sur pied des unités d'évaluation, de réinstallation et de réadaptation partout au Canada. A l'origine, ces unités s'adressaient aux combattants qui revenaient de la Seconde Guerre mondiale, mais par la suite, les services ont été offerts aux combattants des précédentes guerres qui avaient besoin de cette aide. De nos jours, dans chaque province, un certain nombre d'hôpitaux et de centres de soins ont indiqué qu'ils disposent d'une unité d'évaluation au sein de leurs services gériatriques.

2. DÉFINITIONS[3]

L'évaluation, le traitement et la réadaptation gériatriques[4] visent à aider les personnes âgées à conserver ou à retrouver un niveau optimal de santé, de bien-être et d'autonomie et à avoir le plus de prise possible sur leur existence.

L'évaluation gériatrique consiste en une série de mécanismes qui permettent d'évaluer l'ensemble des besoins (c'est-à-dire physiques, psychologiques, fonctionnels, environnementaux et sociaux) de l'individu. L'évaluation détermine quels sont les services dont a besoin l'intéressé pour améliorer sa capacité fonctionnelle dans la vie de tous les jours. Elle sert à planifier les soins à dispenser et à déterminer dans quelle mesure les services et les activités prescrits permettent d'atteindre les objectifs liés au traitement.

---

3 Les définitions sont tirées des publications : *Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne*, *Écrits en gérontologie*, Conseil consultatif national sur le troisième âge, mars 1989, et *Aging 2000 – A Challenge for Society*, par P. Selby et M. Schechter, de concert avec le Centre pour le développement social et les affaires humanitaires (Nations Unies), MTP Press/ Ltd., Boston, 1982.

4 Comme nous l'avons déjà indiqué, la réadaptation est un sujet important qui sera abordé dans un autre guide.

3. POPULATION CIBLE

La plupart des personnes âgées qui se font soigner pour une maladie qui ne touche qu'un seul système ou appareil n'ont pas nécessairement besoin d'une évaluation gériatrique complète assortie de services de réadaptation. Selon les spécialistes du domaine, ce type de soins très spécialisés serait utile pour les sujets ou les situations énumérés ci-après.

- Les personnes âgées dont les capacités fonctionnelles, surtout celles liées à la vie quotidienne, déclinent; ou qui commencent à faire des chutes, à souffrir d'incontinence et de confusion.

- Les cas où une détérioration de l'état de santé ou de la capacité fonctionnelle amène à envisager un niveau de soins plus élevé, surtout le placement dans un hôpital pour malades chroniques ou un foyer de soins spéciaux. (Une telle démarche peut également s'imposer lorsque la personne qui prend soin du sujet ne peut ou ne veut plus remplir ce rôle.)

- L'admission à un hôpital de soins actifs. (Environ 25 pour cent des malades âgés de 75 ans et plus ont des problèmes qui justifient une évaluation gériatrique comme c'est le cas pour presque tous les malades âgés hospitalisés pour des fractures.)

- Les personnes qui se présentent souvent à la salle d'urgence surtout lorsqu'il s'agit de cas de polypharmacie.

- Les personnes qui souffrent d'incapacités physiques et mentales, dont l'état demeure stable, et qui devraient faire l'objet d'une évaluation (si ce n'est déjà fait) en vue d'une amélioration possible de leur état de santé.

- Les personnes qui souffrent d'une maladie irréversible (maladie en phase terminale, démence, etc.) ne devraient pas être exclues.

- Les cas à risque élevé doivent être détectés tôt avant que le déclin ne soit irréversible. Le dépistage de cas s'améliore avec l'expansion des services de soins à domicile et à la faveur d'une collaboration étroite entre le personnel et les médecins qui dispensent les soins primaires. En plus des cas cités ci-dessus, les groupes énumérés ci-après ont été reconnus comme groupes à risque élevé :

  - les personnes très âgées, surtout celles qui vivent seules;
  - les personnes dont le conjoint est décédé récemment, surtout celles qui n'ont pas de parents pour les aider;

- les personnes atteintes d'une maladie chronique incapacitante, par exemple, l'arthrite, un accident vasculaire cérébral, la démence, la dépression ou le diabète;
- les personnes récemment sorties de l'hôpital (30 pour cent d'entre elles seront hospitalisées de nouveau dans les six mois qui suivent);
- les personnes qui ont récemment changé de domicile (par exemple, celles qui ont quitté leur maison pour s'installer dans un nouveau domicile tel qu'un établissement de soins).

4. PROCESSUS D'ÉVALUATION

4.1 Contenu

La nature et la teneur de l'évaluation varieront selon les objectifs de l'opération. Toutefois, une évaluation détaillée réunira les éléments suivants :

– Une évaluation générale de l'état de santé physique s'impose toujours, l'accent étant mis sur les déficiences visuelles ou auditives; les troubles de l'élocution, les déficiences intellectuelles et les perturbations de l'humeur; les habitudes alimentaires et les affections qui contribuent à des problèmes de mobilité et aux chutes.

– Il y a également lieu d'examiner l'état de santé mentale du sujet, y compris son comportement et son état émotionnel. Habituellement, ce genre d'évaluation vise à détecter les cas de dépression, de délirium et de démence. Lorsqu'on soupçonne ou lorsqu'on détecte des troubles mentaux, il peut être nécessaire de procéder à une évaluation psychogériatrique plus approfondie et spécialisée. L'évaluation des personnes âgées souffrant de troubles mentaux a fait l'objet d'une étude plus poussée dans deux documents fédéraux parus récemment[5,6] Nous recommandons donc d'utiliser ce document comme complément du présent guide.

– Une évaluation de la capacité fonctionnelle devrait porter sur l'aptitude à entreprendre les activités essentielles de la vie quotidienne, par exemple se vêtir, s'alimenter, etc. ainsi que sur les capacités intellectuelles et le

5 *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*, Division de la santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.

6 *Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les établissements de soins prolongés*. Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1990.

discernement (par exemple la gestion financière, la gestion des médicaments, etc.).

- La famille de l'intéressé et d'autres intervenants, y compris le médecin de famille, doivent participer à l'évaluation, et tout plan d'action doit être exécuté avec la coopération volontaire du patient. Il importe d'évaluer les intervenants actuels et potentiels pour déterminer s'ils sont aptes et disposés à fournir des soins et s'ils sont acceptés par la personne âgée.

- L'évaluation doit également toucher au cadre physique dans lequel vit la personne. Une visite à domicile fournit des renseignements précieux sur la capacité d'adaptation de la personne, sur les conditions dans lesquelles elle vit ainsi que sur les risques possibles et les facteurs qui peuvent être améliorés pour permettre à la personne de demeurer chez elle, par exemple les changements de structure qui permettent les déplacements en fauteuil roulant.

- La qualité de vie de la personne, l'absence de souffrance et la satisfaction générale à l'égard de la vie, voilà autant de facteurs qu'il y a lieu de déterminer au même titre que les besoins des personnes qui en prennent soin. Ce sont des facteurs qu'il n'est pas facile de mesurer mais dont dépendra la réussite du plan d'intervention.

4.2 Plan d'intervention

Un plan d'intervention coordonné doit être établi pour la personne qui est évaluée. L'élaboration du plan est une responsabilité qui incombera à l'équipe interdisciplinaire affectée au cas (Voir Rubrique 6, pages 22 à 26), au patient et aux membres de sa famille, selon le cas, et aux représentants d'autres disciplines et services qui doivent être mis à contribution. Les responsabilités du personnel qui exécute le plan doivent être définies, de même que les exigences concernant la coordination des soins, les objectifs du traitement, les thérapies nécessaires et les résultats escomptés. Le plan devrait tenir compte aussi bien des points forts que des points faibles de la personne. Le patient, les membres de sa famille et d'autres intervenants doivent y adhérer de leur plein gré.

Il y a lieu de suivre régulièrement le plan de manière à surveiller l'évolution des besoins, à évaluer les résultats du traitement et à mettre à jour les exigences relatives à l'évaluation, au traitement et à la réadaptation. Chez les personnes âgées, il n'est peut-être pas possible de "guérir" la maladie qui constitue le principal motif de la consultation. Dans ce cas, il s'agit de conserver ou de redonner la capacité de mener le plus grand nombre possible d'activités de la vie quotidienne et de la vie en société. Voir Tableau I, p.15 "L'évaluation des problèmes : voie d'accès aux services de santé gériatriques".

4.3 Organisation

Au Canada, l'évaluation se fait dans des cadres divers[7] qui varieront selon les besoins des patients, l'emplacement géographique, l'accessibilité des ressources et la structure des services locaux, régionaux et provinciaux. Toutefois, peu importe le cadre, il est important que le processus d'évaluation, de traitement et de réadaptation soit complet et bien coordonné si l'on veut éviter les lacunes, le double emploi et les retards sur le plan de la prestation des services. Plus il y a de retard, plus l'état des malades risque de se détériorer, et plus le niveau des soins nécessaires risque d'être élevé.

Parmi les réseaux et les services qui s'occupent actuellement de l'évaluation des personnes âgées au Canada figure

- les équipes interdisciplinaires itinérantes (qui rendent visite aux malades dans les hôpitaux qui ne disposent pas d'un service d'évaluation spécialisée ou qui rendent visite aux malades à domicile)
  . rattachées à un hôpital
  . oeuvrant dans la collectivité
- les cliniques communautaires
- les services (spécialisés) de consultation externe
- les unités d'évaluation et de traitement pour les courts séjours
- les hôpitaux de jour (voir la Partie V, pages 31 à 39)
- les hôpitaux pour malades chroniques
- les centres qui offrent des soins prolongés de niveaux divers
- les programmes de réadaptation pour personnes âgées
- les équipes interdisciplinaires de consultation affectées aux hôpitaux de soins actifs
- les unités d'évaluation gériatrique rattachées aux hôpitaux de soins actifs (voir la Partie IV, pages 17 à 29).

4.4 Résultats et suivi

L'évaluation et le traitement gériatriques doivent faire partie du réseau coordonné de soins (voir Introduction, aux pages 1 à 3). L'évaluation et le traitement ne seront d'aucune efficacité s'il n'existe pas dans la collectivité de ressources appropriées pour assurer le suivi.

La planification du congé devrait se faire au moment de l'admission ou avant l'admission. Ainsi, dans certains programmes, il importe d'obtenir l'assurance que le milieu d'où provient le malade sera disposé à l'accueillir

7 Voir *L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique*. Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.

de nouveau. Si le malade vit chez lui, il est nécessaire de prévoir des visites à domicile avant et après l'obtention du congé.

Des services de suivi appropriés doivent être offerts. Voir 4.2 (page 12), Plan d'intervention.

Tableau I

L'ÉVALUATION DES PROBLÈMES : VOIE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ GÉRIATRIQUES

Fonction	Objet	Lieu de prestation
Évaluation	Dresser une liste des atouts et des lacunes de la personne lors du premier contact dans son entourage habituel, tenant compte de son fonctionnement social ainsi que de son fonctionnement mental et psychologique. Déceler les maladies ou les capacités chez le malade.	**Toutes** ces fonctions peuvent se faire:
	Évaluer l'influence de la famille et des amis sur l'état de santé de la personne.	
	Définir les assises et les priorités applicables au régime thérapeutique et à la mise en oeuvre du programme.	
Intervention	Mesures médicales, nutritionnelles, pharmacologiques, psychiatriques et chirurgicales destinées à supprimer, à arrêter ou à inverser l'incapacité ou la maladie organique diagnostiquée.	· au domicile du malade · aux endroits qui offrent des soins ambulatoires
	Mesures de réadaptation physique visant à améliorer à maintenir le niveau de fonctionnement physique.	· dans les établissements qui offrent de l'hébergement
	Mesures visant à améliorer ou à maintenir l'environnement social.	· dans les établissements qui offrent des soins de santé
	Mesures de socialisation visant à améliorer ou à maintenir le niveau d'interaction sociale.	
	Soins de santé dispensés par des professionnels pour préserver ou améliorer l'état de santé.	
Réévaluation	Analyser les effets des mesures d'intervention énumérées ci-dessus pour déterminer s'il y a lieu de maintenir le même régime thépapeutique ou de le modifier.	

GUIDE À L'INTENTION DES UNITÉS D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT GÉRIATRIQUES

Le guide qui suit fait partie d'une série de guides destinés aux services offerts en milieu institutionnel. Il concerne plus particulièrement les services d'évaluation et de traitement dispensés dans les hôpitaux de soins actifs et qui font partie de l'éventail de services dont les personnes âgées peuvent avoir besoin.

1. RÉPARTITION DES UNITÉS

La répartition des unités à l'intérieur d'une province ou d'une région devrait tenir compte des facteurs suivants :

- les politiques de régionalisation;
- la centralisation et la rationalisation des services;
- les caractéristiques médicales et socio-démographiques;
- l'emplacement géographique;
- le contexte environnemental;
- l'accès à la main-d'oeuvre professionnelle.

Pour les spécialistes du domaine, l'évaluation comprend : l'évaluation gériatrique, l'évaluation et le traitement gériatriques, le traitement et la réadaptation, et le suivi pendant une période prolongée. Certains hôpitaux ne se chargent que de l'évaluation, mais dans ce cas, il faut que le traitement et le suivi soient offerts ailleurs dans la collectivité, à défaut de quoi l'évaluation ne sert à rien. Les hôpitaux ne disposent pas tous d'une unité d'évaluation gériatrique; par contre, tous devraient avoir accès à une unité ou à une équipe ou un service de consultation spécialisé. Les services gériatriques spécialisés devraient faciliter la tâche du médecin de famille pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation de leur clientèle âgée. Cependant beaucoup de personnes âgées admises d'urgence à un hôpital n'ont pas de médecin attitré. Beaucoup sont confinées à la maison et sont incapables de trouver un médecin qui veuille leur rendre visite à domicile. Dans ces cas, il faut absolument trouver un moyen d'offrir à ces personnes les soins médicaux dont elles ont besoin en permanence.

2. NOMBRE DE MALADES – UNITÉ DE SOINS POUR MALADES HOSPITALISÉS

C'est essentiellement le nombre de malades admis dans une unité qui détermine les besoins en matière de ressources humaines et d'espace. Lorsque l'on évalue le nombre de malades que pourrait accueillir une nouvelle unité, on doit prendre en considération les facteurs démographiques et les données d'utilisation suivants :

- prévisions démographiques relatives à l'âge et au sexe;
- utilisation (départs);
- pourcentage de malades adressés par un autre service;
- morbidité et mortalité;
- degré de dépendance - estimation du degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne;
- taux de complications.

(Voir également la Partie III, rubrique 3, pages 10 et 11.)

3. NOMBRE DE LITS

Dans la plupart des unités au Canada, le nombre de lits varie de 20 à 25. Pour des considérations de rentabilité et pour des raisons administratives, c'est ce nombre qui semble le plus approprié. Par exemple, il est plus facile de déterminer le ratio personnel-patients à partir de ce chiffre ou des multiples de ce chiffre. D'un point de vue administratif, la capacité maximale de l'unité serait de 40 lits.

L'expérience a montré qu'une unité qui compte 20 lits pourrait accueillir environ 300 malades dont la durée médiane du séjour varierait de 20 à 30 jours et dont le séjour maximal serait de 60 jours.

La durée du séjour dépendra des services dispensés par l'unité. Lorsqu'une unité est essentiellement un centre d'évaluation et que les patients sont réorientés vers le service qui les a adressés à l'unité – un programme de réadaptation pour malades âgés, un hôpital de jour pour malades âgés ou tout autre service communautaire approprié – la durée moyenne de leur séjour sera beaucoup plus brève. Lorsqu'une unité offre des services d'évaluation et de traitement, la durée médiane du séjour sera plus longue. Les unités sont généralement conçues comme un service séparé qui ne fait pas partie d'une unité de médecine interne. Une analyse des habitudes

d'utilisation d'unités analogues serait utile pour l'évaluation du nombre de malades et de la durée du séjour.

4. AUTRES SERVICES

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de l'unité sont précisées dans la rubrique 6 – Fonctions et attributions du personnel. L'unité devra souvent faire appel à d'autres départements et services qui font partie d'un hôpital de soins actifs. Il importe que le personnel rattaché à ces services soit mis au courant des besoins spéciaux des personnes âgées auxquelles il aura affaire. Voici les services auxquels l'unité devra normalement faire appel :

- les services de laboratoire
- les services électrodiagnostiques
- l'imagerie diagnostique (radiographie, ultrasons, médecine nucléaire)
- les services de bibliothèque
- les services de l'hôpital de soins actifs (autres que ceux qui sont énumérés dans la rubrique 6, à la page 22)

Il y aura lieu d'évaluer la charge de travail d'autres services pour malades hospitalisés sur lesquels l'unité devra compter.

5. ORGANISATION DU PROGRAMME ET POLITIQUES[8]

5.1 Personnel médical

5.1.1 Direction médicale

Idéalement, l'unité devrait être dirigée par un gériatre (voir la rubrique 6.1, p.23). Le directeur devrait prendre l'initiative de l'élaboration de programmes et de politiques de gériatrie et veiller à la qualité des soins dispensés et à l'utilisation appropriée de l'unité. La prise en charge de certains malades relèverait également de ses fonctions.

8 Voir également la publication *Établissements de soins prolongés pour adultes*, 1984. Division des services en établissement et des services professionnels, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

5.1.2 Personnel médical

Le médecin personnel du malade devrait être impliqué dans le traitement pour assurer une continuité dans la prestation des soins. Son niveau de participation variera selon la politique de l'hôpital; toutefois, c'est le directeur médical qui est responsable de l'admission, de la prise en charge et du congé de tous les malades de l'unité. Les médecins qui traitent les malades au sein de l'unité doivent se conformer aux règles et règlements établis pour le personnel médical.

5.2 Politiques et pratiques

5.2.1 Politiques régissant l'admission et le congé des malades

Il y a lieu de définir ces politiques pour l'unité en tenant compte des politiques générales de l'hôpital en la matière. Ainsi :

- la décision d'admettre un patient appartient au directeur de l'unité, qui agit de concert avec l'infirmière-chef de l'unité.

- Il est justifié d'admettre une personne âgée au sein d'une unité gériatrique si son état ne nécessite pas un traitement dans une autre unité spécialisée telle que les soins intensifs ou les soins coronariens.

Idéalement, les unités gériatriques devraient avoir prioritairement accès aux autres composantes d'un service gériatrique, tels que les services de réadaptation, les services communautaires et les soins prolongés en établissement. Par exemple, si un malade a besoin d'une période de réadaptation prolongée, il est important qu'il puisse accéder à une unité de réadaptation dans un délai raisonnable.

5.2.2 Accès à l'unité

Pour avoir accès à une unité gériatrique, les personnes âgées doivent y être adressées par l'une des sources suivantes :

- d'autres volets du programme gériatrique de l'hôpital;
- la collectivité;
- d'autres unités de traitement de l'hôpital, y compris l'unité de soins d'urgence;
- le médecin de famille.

5.2.3 Prise en charge des patients

Lorsqu'un malade est admis, il fera l'objet d'une évaluation, comme le prévoit la rubrique 4.1 de la Partie III. Un profil des divers besoins en soins de santé du malade sera établi. Les interventions recommandées et le rôle de chaque discipline seront précisés (voir III, rubrique 4.2 – Plan d'intervention, page 12)

5.2.4 Congé de l'unité

La planification du départ doit faire partie de l'ensemble du plan d'intervention. À cet égard, les objectifs devraient être fixés et rajustés au besoin de concert avec le malade. À la sortie de l'unité, l'intéressé peut soit réintégrer son domicile, soit être transféré à une autre unité de soins. Il arrive aussi que le départ de l'unité survienne à la suite d'un décès. Le congé peut être :

- "autonome" si le patient est en mesure de retourner chez lui et de suffire à ses propres besoins, seul ou avec l'aide des siens;

- "assisté" si le patient a encore besoin de recourir régulièrement aux services offerts en établissement ou aux services de jour dispensés dans la collectivité tel que le programme de soins à domicile pour face aux exigences de la vie quotidienne.

Il y a lieu, en prévision d'un départ, de trouver, d'avertir et de mettre à contribution les programmes appropriés de soutien communautaire (voir également III, rubrique 4.4, page 13)

5.3 Fonctions et responsabilités du personnel

5.3.1 Pour répondre aux besoins spéciaux des personnes âgées, il importe que les fonctions et les responsabilités du personnel figurent par écrit dans les divers énoncés de fonctions. Il doit y avoir une certaine souplesse dans l'exercice des rôles traditionnels et dans les horaires de travail (par exemple l'heure des repas, des traitements, etc.) pour que les besoins du malade soient privilégiés par rapport à ceux de l'établissement.

5.3.2 Le personnel de l'unité doit être prêt à fournir un service de consultation aux autres services de l'hôpital ainsi qu'à la collectivité. Des ressources appropriées doivent être prévues à cette fin.

5.3.3 La formule du travail en équipe doit être établie puisqu'elle permet à chaque malade de profiter des connaissances des divers membres de l'équipe et qu'elle permet aussi de veiller à l'intégration de l'approche thérapeutique.

5.3.4 Le personnel de l'unité doit fournir des programmes et des services de renseignements au personnel des services de santé pour mieux le sensibiliser aux besoins de la clientèle âgée. Il devrait aussi promouvoir les travaux de recherche sur le vieillissement et y participer. Là encore, des ressources devraient être prévues à cet égard.

6. FONCTIONS ET ATTRIBUTIONS DU PERSONNEL

Il importe que le personnel saisisse bien les besoins spéciaux des personnes âgées pour leur prodiguer des soins adéquats en plus de leur fournir à eux et à leur famille un soutien et une aide appropriés. Il devrait par exemple posséder des connaissances de base dans des domaines divers : évaluation, réadaptation, thérapie par la remotivation, orientation de l'attitude et modification du comportement.

L'équipe interdisciplinaire joue un rôle essentiel dans la prise en charge des malades âgés. Le personnel doit être en mesure de bien fonctionner à l'intérieur d'une équipe vouée à la réalisation des objectifs du plan d'intervention.

La composition de l'équipe dépendra de la portée du programme. Toutefois, l'équipe comprendra toujours un noyau de professionnels et un cercle plus étendu de conseillers et de professionnels qui assurent un soutien. Le malade, le médecin de famille et les proches sont considérés comme membres de l'équipe centrale. Le noyau comprend généralement des professionnels au moins des disciplines suivantes:

- médecine gériatrique
- soins infirmiers
- physiothérapie
- ergothérapie
- service social.

L'équipe élargie, dont certains membres font souvent partie de l'équipe centrale, proviendra des disciplines ou services suivants :

- audiologie
- chiropodie
- médecine physique
- ophtalmologie
- orthophonie
- pharmacie

- podiatrie
- psychiatrie gériatrique
- psychologie clinique
- récréologie
- services de bénévoles
  - nutrition clinique
  - pastorale
  - prothèses et orthèses
  - soins dentaires
- autres spécialités médicales et chirurgicales.

Les autres disciplines et services auxquels doit faire appel l'unité sont énumérés dans la Partie 4, page 19.

Les membres de l'équipe centrale travaillent généralement à temps plein. Il importe que le temps consacré à l'unité par les membres de l'équipe élargie soit clairement défini et qu'il lui soit expressément réservé. Lorsque les services d'un membre du personnel d'une autre unité sont affectés à l'unité de soins gériatriques à temps partiel, il est important que ce rôle ne soit pas fragmenté; autrement dit, qu'on n'ait pas recours à des personnes différentes d'une journée à l'autre. La continuité des soins et la satisfaction au travail sont rehaussées lorsque le personnel et les patients se connaissent bien.

Le noyau est généralement dirigé par le gériatre, quoiqu'on utilise de plus en plus le modèle de gestion de cas selon lequel l'évaluation et la prise en charge de chaque malade sont coordonnées par n'importe lequel des membres de l'équipe. L'équipe se réunit régulièrement pour discuter des cas cliniques et pour établir un programme. Bien que chaque membre de l'équipe possède un ensemble particulier de compétences, l'équipe doit, pour être efficace, reconnaître les limites de chaque professionnel et accepter que le rôle de celui-ci soit quelque peu estompé au profit du fonctionnement de l'équipe.

Les titres et qualités et la formation doivent être conformes aux normes professionnelles ainsi qu'aux besoins définis du programme et des malades. Le nombre de membres requis dépendra de l'importance ou de l'envergure du programme. Il y a lieu de consulter les lignes directrices provinciales en matière de dotation au moment de l'évaluation des besoins en personnel.

6.1 Personnel médical

L'unité devrait se voir attribuer un directeur des services cliniques qui possède des compétences spécialisées en soins gériatriques et être dotée d'une équipe médicale suffisante. Idéalement, le directeur des services cliniques devrait être un gériatre (un interniste qualifié qui a reçu une formation

supplémentaire en médecine gériatrique et qui est reconnu à ce titre par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada).

Les médecins affectés à l'unité (voir 5.1.2) devraient :

- participer à l'évaluation complète des malades;
- travailler en collaboration avec l'équipe en participant activement à des conférences et à des discussions;
- participer, au besoin, à la planification du congé et du suivi;
- prendre part à l'évaluation de l'efficacité des soins;
- participer aux activités éducationnelles et aux travaux de recherche de l'unité.

6.2 Personnel infirmier

L'infirmière-chef de l'unité doit être une infirmière clinicienne spécialisée ou une infirmière autorisée qui s'intéresse à l'évaluation, au traitement et à la réadaptation des personnes âgées; qui a reçu une formation et qui possède de l'expérience dans ces domaines. Les infirmières qui exercent des fonctions de surveillance devraient avoir reçu une formation poussée et de l'expérience en soins infirmiers gériatriques ou dans un domaine connexe. Toutes les infirmières devraient posséder des aptitudes attestées dans les domaines des soins cliniques, de la gestion, de l'éducation et du counselling. Le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers par journée d'hospitalisation dépendra des objectifs du programme et du nombre de malades.

6.3 Service social

Les travailleurs sociaux devraient avoir reçu une formation et posséder les compétences voulues pour prendre part à la prise en charge des malades âgés, ce qui suppose normalement une maîtrise en service social assortie d'une formation clinique spécialisée en gériatrie. Les travailleurs sociaux ont surtout pour responsabilité d'assurer la liaison entre l'équipe pluridisciplinaire et le milieu social du patient. Les liens de collaboration que le travailleur social entretient avec les membres de l'équipe et les organismes de la collectivité permettent aux malades d'accéder plus facilement aux ressources et aux services dont ils ont besoin, par exemple l'assistance sociale et le logement.

6.4 Ergothérapie

Les ergothérapeutes devraient avoir un diplôme d'une université reconnue ou l'équivalent et aussi avoir reçu une formation en services gériatriques. L'exercice de l'ergothérapie comprend, mais pas exclusivement, la consultation et l'évaluation qui visent à déterminer les capacités physiques, mentales, sociales et fonctionnelles du patient. Un programme planifié

d'ergothérapie devrait faire partie du plan de soins global afin de faire appel à des activités fonctionnelles destinées à préserver et à améliorer les capacités que possède déjà l'intéressé sur le plan des soins personnels, du travail et des loisirs, ainsi qu'à mettre en valeur des compétences latentes. Les ergothérapeutes évaluent souvent le domicile du patient avant la sortie de l'établissement.

Le personnel préposé aux services d'ergothérapie contribue à la formation et au soutien des autres membres du personnel et des bénévoles.

6.5 Physiothérapie

Les physiothérapeutes devraient posséder un diplôme d'une université reconnue ainsi qu'une formation en gériatrie. La physiothérapie a pour objet de prévenir ou d'atténuer les incapacités, d'accroître le niveau des compétences, de fonctionnement et de communication en vue de promouvoir la réinsertion sociale, de préserver les niveaux actuels de fonctionnement et de compenser les lacunes. Le plan d'intervention peut englober, outre l'évaluation, des thérapies axées entre autres sur l'optimalisation des capacités fonctionnelles, la stimulation sensorielle, les programmes d'exercices spécialisés, les mouvements passifs, l'utilisation d'appareils et de matériel spécialisés qui favorisent l'autonomie, l'éducation posturale, l'amélioration de la capacité ambulatoire et des techniques de déplacement ainsi que des thérapies spécialisées telle que l'hydrothérapie. Le personnel préposé aux services de physiothérapie enseigne aux autres employés ou bénévoles les techniques appropriées à utiliser pour soulever et déplacer les malades ainsi que des techniques spécialement indiquées pour chaque patient.

6.6 Autres soins directs

Comme nous l'avons déjà souligné, d'autres professionnels de la santé seront souvent appelés à faire partie de l'équipe centrale ou à lui dispenser des conseils. Les besoins en la matière sont exposés sous la rubrique 6, à la page 22.

6.7 Services de soutien

Le programme doit pouvoir compter sur les services de réceptionnistes, de secrétaires et d'autres employés de soutien, par exemple des auxiliaires au niveau des activités.

6.8 Orientation et éducation permanente

Il est essentiel de prévoir un programme d'orientation qui s'adresse au personnel appelé à travailler au sein de l'unité. Parmi les sujets abordés

figurent la philosophie et les objectifs du programme, les rôles des membres de l'équipe, les rapports avec d'autres unités et avec des organismes communautaires, la familiarisation avec la clientèle existante et les autres membres de l'équipe.

Tous les membres de l'équipe préposée à l'évaluation des soins devraient continuellement mettre à jour leurs connaissances en assistant à des études de cas, à des colloques, à des cours au niveau supérieur et à des conférences. Il devrait y avoir un programme d'enseignement en cours d'emploi dirigé de préférence par une personne désignée qui s'occuperait de structurer les cours. Le personnel devrait avoir facilement accès aux ouvrages de référence et aux services de bibliothèque.

7. ÉQUIPEMENT

7.1 Aides techniques à la mobilité et à la communication

Parmi les aides techniques destinées à répondre aux besoins des malades âgés sur les plans de la mobilité et de la communication, figurent :

- les fauteuils spécialement conçus
- les lits à hauteur réglable
- les soulève-malades
- les fauteuils roulants
- les tables inclinables
- les déambulateurs
- les cannes
- les béquilles
- les prothèses auditives et les microphones pour les handicapés auditifs
- les téléphones.

7.2 Matériel à usage récréatif

Les appareils et fournitures à usage récréatif devraient comprendre les appareils électro-acoustiques (tourne-disques, magnétophones, radios, etc.), la télévision et les magnétoscopes, ainsi que les fournitures et l'équipement requis pour autres activités pertinentes.

7.3 Services de bibliothèque

Les services de bibliothèque devraient offrir des livres imprimés en gros caractères et des livres-cassettes. Ils devraient aussi prévoir des lampes grossissantes pour la lecture pour les handicapés visuels.

7.4 Aides techniques pour les activités de la vie quotidienne

Des dispositifs spécialement adaptés pour les activités de la vie quotidienne devraient faire normalement partie des installations de l'unité. Le type d'appareil et le niveau d'adaptation seront déterminés de concert avec les ergothérapeutes et d'autres professionnels spécialisés dans ce domaine. On recommande souvent une cuisine adaptée pour les activités thérapeutiques et d'évaluation. Afin de promouvoir une plus grande autonomie, l'unité devrait mettre à l'usage des résidents les appareils nécessaires pour la lessive personnelle.

7.5 Appareils médicaux

Le personnel médical et infirmier aura besoin d'appareils spécialement conçus pour l'évaluation et le traitement des personnes âgées, plus particulièrement des tables d'examen appropriées.

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE – CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[9,10]

Le plan d'aménagement doit tenir compte des incapacités physiques, fonctionnelles, mentales et psychosociales des patients qui découlent de la maladie et du vieillissement. Il doit assurer la protection des malades confus et errants. Il y a lieu de veiller au confort maximal du malade en tenant compte de facteurs tels que l'éclairage, la couleur et la texture des revêtements.

---

9 Le lecteur peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la question en consultant la publication *Hébergement pour les personnes âgées : Guide de planification et de design*, volume 3, Modes d'habitation en soins suivis, 1988. Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

10 Voir également le guide intitulé *Établissements de soins prolongés pour adultes*, 1984, Division des services en établissement et des services professionnels, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, pages 86 à 94.

8.1 Principales aires d'activité

8.1.1 Lits

Étant donné que les malades font généralement des séjours prolongés au sein de l'unité et qu'ils utilisent couramment des fauteuils roulants, des déambulateurs et d'autres appareils, ils ont besoin d'une chambre bien plus grande que la moyenne. Il est recommandé de prévoir des chambres à un lit et des chambres à deux lits.

8.1.2 Autres éléments constitutifs

Il faut prévoir des installations normales de salle de bains et de toilettes ainsi que des installations adaptées aux besoins des handicapés, par exemple des douches accessibles aux fauteuils roulants, des baignoires adaptées ainsi que des lavabos à la hauteur des fauteuils roulants dans les chambres des patients. Il faut aussi installer de grands miroirs où les malades peuvent vérifier tant leur apparence personnelle que leur posture. Il y a lieu de prévoir des aires pour le rangement des vêtements (vêtements d'intérieur et vêtements de ville) des malades. De plus, les locaux doivent être aménagés de manière à faciliter le plus possible les déplacements des malades qui utilisent divers appareils pour se mouvoir.

8.1.3 Aires affectées aux examens et aux évaluations

Une salle sera réservée aux traitements et aux examens. Des locaux seront affectés aux entretiens avec les malades et leur famille.

8.1.4 Locaux réservés au personnel médical, au personnel infirmier et aux autres professionnels

Des locaux devront être affectés aux professionnels qui travaillent au sein de l'unité. Il faudra aussi prévoir une salle suffisamment grande pour les réunions de l'équipe. Étant donné l'état de confusion de certains malades, il y aura lieu de prévoir des aires pour le rangement, en lieu sûr, de tous les médicaments, lotions, appareils, produits d'entretien, etc., de même qu'une armoire où les médicaments dangereux seront conservés sous clé.

8.1.5 Espaces réservés aux activités et aux loisirs

Il faut prévoir au moins 3,7 m par malade. De plus, comme la plupart des activités thérapeutiques de réadaptation se dérouleront dans l'unité, les locaux doivent être suffisamment grands pour accueillir des groupes. Il faudrait aussi des locaux où les malades peuvent s'adonner à certaines activités dans un climat de quiétude et où ils peuvent avoir des entretiens privés avec

leur famille et leurs amis. Il est souhaitable que l'unité s'ouvre facilement sur l'extérieur.

8.1.6 Salle à manger

On considère que la salle à manger est essentielle dans la mesure où elle favorise la socialisation et permet d'évaluer les aptitudes sociales des malades dans un contexte plus naturel que le milieu hospitalier normal. Les malades sont incités à prendre leurs repas du midi et du soir dans la salle à manger. Il faudrait prévoir de 1,67 m à 1,86 m par malade.

8.2 Installations auxiliaires

- Salle d'utilité
- Salle de rangement
- Salle d'attente

8.3 Locaux administratifs

- Aires réservés au rangement des dossiers.

GUIDE DESTINÉ AUX HÔPITAUX DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

L'hôpital de jour pour personnes âgées désigne un lieu qui relève d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins et qui offre aux personnes âgées un programme structuré de soins de jour.[11] *Il s'adresse aux personnes âgées qui ont régulièrement besoin de services préventifs et diagnostiques, d'une évaluation pluridisciplinaire et de services de traitement ou de réadaptation pendant la journée, pour une partie de la semaine ou de façon régulière.*

Les hôpitaux de jour font des examens et des évaluations, dispensent des services de traitement et de réadaptation et offrent des soins d'entretien qui autrement auraient peut-être justifié une hospitalisation. L'hôpital de jour est souvent situé dans un hôpital de soins actifs, surtout lorsqu'il doit, pour l'étude des cas, avoir accès à des appareils diagnostiques très perfectionnés. Il fait parfois partie d'un établissement de soins prolongés si l'accent est mis sur les services de réadaptation ou s'il s'occupe de cas moins complexes.

L'hôpital de jour devrait offrir :

- des soins médicaux et infirmiers;
- des programmes d'ergothérapie et de physiothérapie;
- des programmes de santé mentale;
- des programmes axés sur la nutrition;
- des programmes axés sur les habitudes de vie;
- des programmes axés sur la socialisation et sur la participation à diverses activités;
- des services d'évaluation de la médication;
- divers autres types de thérapies de soutien, tels que l'audiologie et l'orthophonie, la podologie, etc.;
- des programmes de lutte contre les toxicomanies;
- des services diagnostiques;
- des services sociaux et d'aide juridique;
- la coordination avec les services et organismes communautaires;
- les soins palliatifs;
- les soins et l'hygiène personnels;

11 Les programmes de nuit peuvent aussi être implantés afin d'offrir un répit aux personnes impliquées de façon continue dans les soins à domicile.

- les services de pastorale;
- les soins de relève;
- divers programmes d'activités à orientation thérapeutique, par exemple, les programmes d'exercices;
- des conseils et du soutien aux malades et à leur famille, pour diverses questions (deuil, perte, sexualité, etc.)

Les personnes peuvent se présenter d'elles-mêmes à l'unité ou y être accompagnées; participer pendant plusieurs heures à un ou à quelques-uns des programmes à vocation thérapeutique, et rentrer chez elles le jour même. L'hôpital de jour se distingue d'une unité normale de soins ambulatoires ou de médecine physique par la durée prolongée (quatre à six heures) de la participation quotidienne aux activités de l'unité et par l'intégration des divers programmes dans un modèle de prestation unique. On a observé que les hôpitaux de jour offrent:

- de l'aide aux personnes âgées afin de leur permettre d'atteindre ou de conserver un état de santé suffisant pour faire face aux exigences de la vie dans la collectivité;

- des services complets d'évaluation pluridisciplinaire;

- des services de soutien et de suivi, dans le cas des personnes ayant obtenu un congé d'un hôpital ou d'un autre établissement;

- des services de soutien à l'individu et à la famille, susceptibles de prévenir ou de retarder un placement en établissement;

- des services axés sur l'éducation, la resocialisation et la participation aux activités, qui visent à prévenir la détérioration des facultés physiques et mentales;

- un moyen de surveiller et d'évaluer l'état de santé des participants pour déterminer s'ils tirent profit du programme;

- des soins de relève pour alléger le fardeau de ceux qui s'occupent de l'intéressé à la maison.

1. NOMBRE DE MALADES

Pour des raisons d'efficacité et de rentabilité, il faudrait que ce service puisse accueillir de 15 à 50 malades à la fois, le nombre idéal étant de 25 à 35. Lorsque le nombre de malades se situe au-dessous du seuil de 15, il y a lieu de prendre des dispositions pour les intégrer à d'autres programmes

offerts sur place. L'hôpital de jour offre généralement des services cinq jours par semaine.

2. SERVICES D'HOSPITALISATION

L'existence d'un hôpital de jour peut avoir pour effet de réduire le nombre d'admissions à une unité de soins pour malades hospitalisés. Ainsi, les soins dispensés le jour peuvent faire réaliser des économies; dans bien des cas, ils dérangent moins le malade et ils favorisent l'autonomie de vie.

3. AUTRES SERVICES

Outre les services pour malades hospitalisés et les services et programmes décrits plus hauts (voir pages 31 et 32), voici la liste des services sur lesquels un hôpital de jour pour malades âgés doit pouvoir compter.

3.1 Services de transport

Un service de transport organisé est essentiel au succès d'un hôpital de jour, et il faudra dans bien des cas trouver des fonds pour le financement de ce service. Il ne faudrait pas compter sur les voisins et les parents pour assurer régulièrement ce service. Il faut passer prendre les malades et les ramener chez eux. Le chauffeur ou tout autre préposé doit veiller à ce que le malade rentre chez lui sans encombre. La durée du trajet ne devrait pas dépasser une heure.

Il importe également d'être particulièrement attentif au problème des malades vivant en milieu rural et qui, dans bien des cas, ne peuvent profiter des services d'un hôpital de jour, en raison de la distance à parcourir et des difficultés de transport.

3.2 Bénévoles

Les bénévoles peuvent s'avérer très utiles dans un programme de ce genre, par exemple en organisant les activités de la vie quotidienne, en accompagnant les malades qui doivent recevoir un traitement ou des soins dans un autre service.

3.3 Autres services

Il faudrait prévoir des services d'un coiffeur et d'un barbier et voir à ce que les handicapés puissent se procurer des chaussures et des vêtements.

4. RÉPARTITION DES UNITÉS

Les hôpitaux de jour pour personnes âgées devraient être rattachés à une unité de gériatrie, du moins, à un autre service de santé. Les décisions concernant la répartition des hôpitaux de jour devraient tenir compte des facteurs suivants :

- la régionalisation
- la centralisation et la rationalisation des services
- le tableau médical et socio-démographique
- l'emplacement géographique
- le contexte environnemental
- l'accès à la main-d'oeuvre spécialisée.

5. LIENS ENTRE LES PROGRAMMES

Il s'agit de liens et d'échanges entre les programmes soit à l'intérieur d'un même établissement ou soit avec les services extérieurs à l'établissement. Ils ont trait à des facteurs tels que :

- la communication
- le partage des services spéciaux
- le va-et-vient des malades d'un programme à l'autre
- le personnel et le matériel.

L'échange de ressources humaines entre les programmes est possible lorsqu'il existe une unité d'hospitalisation pour malades âgés. Les deux programmes peuvent aussi profiter d'appareils, d'installations et de services spéciaux. L'accessibilité d'un hôpital de jour permet de décharger un service d'hospitalisation d'un malade pour le confier à un programme offert le jour. Cette pratique libère les lits et permet d'assurer un suivi auprès du malade.

6. ORGANISATION DU PROGRAMME ET POLITIQUES[12]

6.1 Objectifs généraux

Le rôle et les objectifs de l'hôpital de jour doivent être bien définis et parfaitement saisis par le conseil d'administration, le personnel administratif et les professionnels de l'établissement où il se trouve.

6.1.1 Le directeur médical de l'hôpital de jour doit avoir bien précisé les responsabilités et les pouvoirs relatifs à l'application des politiques d'admission, de traitement et de congé de tous les malades qui fréquentent l'hôpital de jour.

6.1.2 Le directeur médical devrait être un gériatre ou un médecin qui a reçu une formation et acquis l'expérience nécessaire en gériatrie. Il doit en outre montrer un intérêt particulier pour ce domaine.

6.1.3 Si l'hôpital de jour est situé dans un établissement hospitalier doté d'une unité de gériatrie, le directeur médical pourrait être responsable des deux services.

6.1.4 Il faudrait désigner un médecin qui s'occuperait plus particulièrement du malade. Il pourrait s'agir du médecin personnel de l'intéressé qui travaillerait de concert avec le directeur médical, ou encore, du directeur médical lui-même.

6.2 Politiques

6.2.1 Il y a lieu de définir les politiques d'admission et de congé en tenant compte des politiques générales d'admission et de congé de l'établissement dont relève l'unité. Elles pourraient englober:

- les admissions faites par le directeur médical ou de concert avec lui, sous réserve de l'approbation du comité d'admission et de congé;
- les demandes d'admission présentées par d'autres composantes du programme de gériatrie, y compris le malade lui-même, son médecin personnel, les organismes communautaires, la famille ou les amis;
- les recommandations relatives au congé présentées par l'équipe soignante qui a pris les dispositions voulues pour assurer la continuité des soins.

12 Voir également l'Annexe III. Organisation administrative, programmes et méthodes

6.2.2 Un plan d'intervention devrait être établi d'après un profil composite des besoins du malade en matière de soins qui repose sur une première évaluation faite par une équipe pluridisciplinaire. (Voir la Partie III, rubrique 4.1, pages 11 et 12). Ce régime thérapeutique devrait être mis à exécution et être évalué périodiquement par les membres de l'équipe.

6.2.3 Il y a lieu d'adopter des politiques pour les situations d'urgence.

7. FONCTIONS ET ATTRIBUTIONS DU PERSONNEL (voir rubrique 6, page 22)

Voici quelques-unes des responsabilités du personnel :

- évaluation de l'état du malade, élaboration du régime thérapeutique et mise à exécution des plans d'intervention individuels;
- planification de l'évaluation du malade et modification du traitement au besoin;
- établissement de mécanismes de communication avec les autres composantes du service de gériatrie ainsi qu'avec les organismes de santé et de services sociaux qui s'occupent de programmes tels que ceux de soins à domicile et d'infirmières visiteuses;
- service d'éducation et de soutien aux malades et à leurs familles;
- participation aux activités éducationnelles conçues pour le personnel des services de santé et aux travaux de recherche.

7.1 Personnel médical (voir rubrique 6.1, page 23)

Il y a lieu de nommer un directeur médical (voir rubriques 6.1.1 et 6.1.2, page 35) et de faire appel au besoin à des médecins consultants de l'extérieur.

7.2 Personnel préposé aux soins directs

Il y a lieu de nommer comme coordonnateur de programme un professionnel de la santé qui possède des aptitudes pour la gestion.

Il est nécessaire de pouvoir compter sur un personnel capable d'administrer les programmes et les services énumérés aux pages 31 et 32. Les fonctions et responsabilités du personnel sont exposées de manière détaillée

dans le Guide à l'intention des unités d'évaluation et de traitement gériatriques, rubrique 6, pages 22 à 26.

Le personnel peut s'occuper de ces activités à plein temps ou à temps partiel. Ce sont les services appropriés qui s'occupent de l'affectation du personnel à ces activités. On peut aussi au besoin faire appel à des bénévoles.

7.3 Personnel de soutien

Le personnel de soutien doit comprendre par exemple un(e) réceptionniste, un(e) commis et un(e) chauffeur(e) d'autobus.

8. ÉQUIPEMENT[13]

À chaque service ou activité, correspondent des besoins en matière d'appareils qui nécessitent un budget et des aires d'entreposage : deux éléments d'importance capitale à prendre en considération lorsqu'on établit les composantes du programme. Certaines activités (par exemple le chant et l'expression corporelle) ne nécessitent aucun appareil alors que d'autres font appel à des appareils très perfectionnés. C'est le cas des activités de la vie quotidienne pour lesquelles une cuisine doit être spécialement aménagée de manière à permettre l'évaluation et l'apprentissage.

Des aires de repos doivent être aménagées de manière à offrir aux malades des lits, des lits portatifs ou des fauteuils inclinables pour les périodes de repos prescrites. Le ratio recommandé est d'un lit (lit portatif, fauteuil, etc.) pour six malades.

Il faut prévoir des installations de buanderie afin d'encourager les individus à atteindre et maintenir un niveau maximal d'autonomie.

Il faut prévoir au besoin des séchoirs à cheveux et des lavabos pour les shampooings.

13 Voir également Unités d'évaluation et de traitement gériatriques, Rubrique 7, page 26 et 27.

9. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE – CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT

9.1 Principales aires d'activité

Il est essentiel que les malades qui se déplacent en fauteuil roulant, à l'aide de cannes ou de déambulateurs puissent avoir facilement accès à toutes les aires d'activité. L'ameublement, les objets fixes, les toilettes, etc. doivent être conçus de manière à tenir compte des besoins des personnes en fauteuil roulant. Il est souhaitable de prévoir une sortie vers l'extérieur qui donnerait sur un jardin ou des espaces de plein air réservés aux activités récréatives. Bon nombre des caractéristiques spéciales du plan d'aménagement pour une unité de soins gériatriques énumérés aux pages 27 à 29 sont également valables pour l'hôpital de jour pour personnes âgées. Les installations peuvent dans certains cas être partagées (par exemple la cuisine où se déroulent les activités de la vie quotidienne).

9.1.1 Aire de repos

Voir la Rubrique 8 ci-dessus.

9.1.2 Activités de groupe

Il faut prévoir suffisamment d'espace pour qu'un certain nombre d'activités de groupe puissent se dérouler simultanément.

9.1.3 Salles réservées aux examens et au traitement

Il faut prévoir des locaux séparés pour les traitements qui doivent être donnés dans l'intimité; pour les examens et les soins spécialisés tels que la podologie, l'optométrie et les soins dentaires, ainsi que pour les conseils spécialisés dans des domaines tels que la médication ou la sexualité.

9.1.4 Salle réservée aux entretiens

Il faut prévoir des salles pour les entretiens privés avec le malade et sa famille.

9.1.5 Installations communes

Si l'unité fait partie d'un grand établissement, les malades peuvent recevoir les services d'une autre unité de l'établissement, par exemple l'ergothérapie ou la physiothérapie.

9.1.6 Installations sanitaires

Il faut prévoir des installations sanitaires, notamment une baignoire adaptée aux malades handicapés ou des douches pour personnes en fauteuil roulant. Il faut compter un cabinet de toilette par groupe de cinq patients.

9.2 Installations auxiliaires

9.2.1 Aires de rangement pour les effets personnels

Il faut prévoir de grands casiers pour le rangement des vêtements, des effets personnels et des travaux d'artisanat. Puisque le nombre de clients est plus grand par période hebdomadaire que journalière, il faudra prévoir un nombre excédentaire de casiers.

9.2.2 Services de coiffure

Il est souhaitable de prévoir un endroit pour les services de coiffure.

ANNEXES

I PARTICIPANTS À L'ATELIER SUR L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

Ottawa, les 25 et 26 septembre 1988

Dr Michel Baron
Président
Société canadienne de
recherche en gériatrie
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke
SHERBROOKE (Québec)

Dr Lynn Beattie
University Hospital
University of British Columbia
VANCOUVER, British Columbia

Mme Francine Beauregard
Chef,
Projets, communications et
information
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Mme Sylvie Bérubé
Secrétaire
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Dr Linda Bowring
1277 Lang Street
SARNIA, Ontario

Mme Margery Boyce
Conseillère spéciale
Cabinet du ministre d'État
pour le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Mme Alexa Brewer
Analyste des politiques
Division de l'analyse, de la
politique et de la santé
Direction générale de la politique,
des communications et de l'information
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Mme Pauline F. Chartrand
Expert-conseil en soins prolongés
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] Richard Crilly
Division of Geriatric Medicine
University of Western Ontario
LONDON, Ontario

D[r] Bill Dalziel
Chef – Unité d'évaluation en gériatrie
Hôpital Civic d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

D[r] Warren Davidson
Chief of Geriatric Medicine
The Moncton Hospital
MONCTON, New Brunswick

Mme Carol Donovan
Analyste des programmes
Direction de l'assurance-santé
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D^r Gordon Ferguson
Executive Director
Extra Mural Hospital
FREDERICTON, New Brunswick

D^r Rory Fisher
Head
Department of Extended Care
Sunnybrook Medical Centre
TORONTO, Ontario

Mme Susan Fletcher
Directrice
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Mme Thérèse Fokes
Agent de liaison
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

D^r Roy Fox
Head
Division of Geriatric Medicine
Camp Hill Hospital
HALIFAX, Nova Scotia

Mme Louise Francoeur
Membre
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

D[r] David Gayton
Directeur
Division de gériatrie
Hôpital Royal Victoria
MONTRÉAL (Québec)

Mme Linda Greenacre
Principale coordinatrice des projets
Centre Woodroffe
Centre d'évaluation en gériatrie
Hôpital Civic d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

D[r] Cyril Gryfe
17 Paddock Court
WILLOWDALE, Ontario

Mme Signy Hansen
Directrice générale
Secrétariat du troisième âge
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Mme Kathleen Kennedy
Programme d'aide à l'autonomie
des aînés
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] James L. Kirkland
Chief
Geriatrics Service
The Queen Elizabeth Hospital
TORONTO, Ontario

D[r] Catherine Kissel
Hôpital Saint-Luc
MONTRÉAL (Québec)

Mme Esther Kwavnick
Directrice
Programme Nouveaux Horizons
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Dr Charlotte Matthews
Présidente
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Dr Catherine McCourt
Association médicale canadienne
OTTAWA (Ontario)

Dr Peter McCracken
Professor of Geriatric Medicine
University of Alberta
Clinical Head
Department of Geriatric Medicine
Edmonton General Hospital
EDMONTON, Alberta

Dr Paul McGann
St. Mary's Hospital
KINGSTON, Ontario

Mlle Madge McKillop
Membre
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Mme Denise Michaud
Adjointe spéciale du ministre
Cabinet du ministre
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Ms. Ruth Milne
Victorian Order of Nurses
Hamilton - Wentworth Branch
HAMILTON, Ontario

Dr Jacques Morin
Chef de service
Hôpital Enfant-Jésus
QUÉBEC (Québec)

Ms. Liz Mullan
Manager of Rehabilitation Services
Baycrest Centre for Geriatric Care
TORONTO, Ontario

Mme Diane Parker-Taillon
Programme de physiothérapie
Université d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

Dr Christopher Patterson
Division of Geriatric Medicine
Wilcox 2, Chedoke Division
Chedoke-McMaster Hospital
HAMILTON, Ontario

Mr. Steve Petz
Executive Director
Continuing Care Branch
Saskatchewan Health
REGINA, Saskatchewan

Dr Colin Powell
Professor and Head of Geriatric Medicine
University of Manitoba
WINNIPEG, Manitoba

Dr John Puxty
Département de gériatrie
Hôpital Général d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

D[r] Duncan Robertson
P.O. Box 5625
Station "B"
VICTORIA, British Columbia

M. Luis Rodriguez
Division de la recherche
Société centrale d'hypothèque
et logement
Bureau national
OTTAWA (Ontario)

D[r] Gilbert M. Rosenberg
Physician and Chief of Geriatric Medicine
Professor of Medicine
Queen's University
St. Mary's of the Lake Hospital
KINGSTON, Ontario

Mme Marilyn Sloan
Adjointe générale
Cabinet du ministre d'État
pour le troisième âge
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] May Smith
Expert-conseil médical
Programmes de recherche extra-muros
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] Leroy O. Stone
Directeur
Division des études démographiques
Statistique Canada
OTTAWA (Ontario)

Mme Judith Stryckman
Chef
Projets spéciaux
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
OTTAWA (Ontario)

Mme Susan Williams
Directrice
Division des politiques sociales
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D^r^ Barry Wilson
Providence Villa
3276 St. Clair Ave. E.
SCARBOROUGH, Ontario

II BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Association médicale canadienne, *Les soins de santé pour gens âgés : les défis d'aujourd'hui, des solutions pour demain*, Ottawa, 1987.

Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Évaluation gériatrique: l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989.

Gayton, D[r] David, "Principes de base et but de l'évaluation gériatrique", dans *Évaluation gériatrique: l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989, pp. 25–46.

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, *Le vieillissement : La prestation de soins de santé, demain*, Ottawa, 1988.

Kirkland, D[r] James, "L'évaluation gériatrique vue sous un angle plus vaste," dans *Évaluation gériatrique: l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989, pp. 71–94.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Établissements de soins prolongés pour adultes*, Ottawa, 1984.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Hébergement pour les personnes âgées : guide de planification et de design, volume 3, modes d'habitation en soins suivis*, Ottawa, 1988.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique*, Ottawa, 1988.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les établissements de soins prolongés*, Ottawa, 1990.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*, Ottawa, 1988.

Petterson, D[r] Christopher, "L'unité d'évaluation gériatrique type", dans *Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989, pp. 46–70.

Puxty, D[r] John A.H., "Outils d'évaluation gériatrique", dans *Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989, pp. 95–118.

Robertson, D[r] Duncan, "L'évaluation gériatrique spécialisée au Canada", dans *Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne*, Ottawa, 1989, pp. 1–24.

Selby, P. and Schechter, M. in consultation with the United Nations Centre for Social Development. *Aging 2000 – a Challenge for Society*, Boston: MTP Press Ltd., 1982.

III ORGANISATION ADMINISTRATIVE, PROGRAMMES ET MÉTHODES

Les guides régissant la structure administrative, les politiques et les procédures qui s'appliquent aux programmes institutionnels et communautaires ont été formulés à la suite d'un examen des données provinciales, nationales et internationales.

Le texte qui suit servira, espérons-le, de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux et des programmes afin d'assurer les meilleurs soins possibles aux malades.

PHILOSOPHIE, RÔLES ET OBJECTIFS

- Philosophie, rôles et objectifs des programmes
- Catégories de malades soignés
  - Selon le diagnostic ou la gravité de la maladie
  - Restrictions sur le plan des services au malade s'il y a lieu
- Composantes du programme offert

ORGANISATION DU PROGRAMME

1. Organisation générale

- Responsabilité du conseil d'administration
- Relation avec l'administration et le personnel médical
- Gestion du programme

2. Responsabilités du personnel

- Directeur médical
- Médecins
- Personnel infirmier
- Autre personnel

3. Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, et le nombre)
- Mandat à définir
- Communication, à titre consultatif, avec des membres du personnel médical et hospitalier, ainsi qu'avec les agences des services de santé
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

POLITIQUE DE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

1. Éléments généraux

- Autorisation de l'admission (désignation des personnes autorisées à admettre des malades)
- Critères d'admission – Priorités selon :
  - Le diagnostic
  - L'état général du malade
- Ordonnances d'admissions
- Ordonnances médicales
- Ordonnances de routine pour les admissions d'urgence
- Politiques et planification relatives aux congés
- Durée du séjour selon le diagnostic
- Lutte contre les maladies infectieuses et isolement
- Planification et instructions concernant la sortie des malades
- Les dossiers des malades, rapports et consignations des données
- Le traitement des cas d'urgence, y compris la réanimation cardio-respiratoire
- Délégation des responsabilités au personnel médical, infirmier ou autre en cas d'urgence
- Les recherches et enquêtes cliniques
- Les soins palliatifs, la constatation du décès, l'autorisation d'autopsies, la manipulation de la dépouille
- L'orientation des cas, la consultation (les transferts obligatoires et autres, le suivi)

2. Personnel

- Critères de sélection : formation, expérience, intérêts
- Critères régissant l'octroi de privilèges en matière médicale ou clinique
- Horaire de travail des médecins et d'autres membres du personnel
- Définition des rôles des étudiants et des surveillants (responsabilités, pouvoirs et comptes à rendre)
- Énoncé de fonction
- Orientation et formation continue
- Évaluation du rendement
- Bénévoles

3. Malades

- Droits des malades
- Identification des malades
- Participation de la famille
- Confidentialité
- Éducation du malade et de la famille

- Les biens et avoirs du malade
- Consentement au traitement
- Privilèges de visite

4. Sécurité

- Sécurité et prévention des accidents
- Rapports au sujet des accidents et des incidents
- Entretien et sécurité du matériel
- Plan d'évacuation et de lutte contre les incendies
- Utilisation du matériel de contention

5. Assurance de la qualité

- Normes de pratique
- Évaluation continue de l'efficacité du service
- Évaluation de l'état général du malade lors de l'admission et au moment du congé
- Rapports sur les incidents
- Examen des soins au malade
- Lutte contre l'infection
- Vérifications : soins médicaux et infirmiers, concomitants et rétrospectifs
- Examen par les pairs
- Etude de la morbidité et de la mortalité
- Évaluation du rendement de l'employé
- Utilisation et évaluation des produits et du matériel

PROCÉDURES

- Interventions électives
- Techniques et procédures en cas d'alerte
- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
- Manuels de politiques et procédures

IV LISTE DES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services médicaux et de services en établissement. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes publiées par le Sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux (1987)
Établissements de soins prolongés pour adultes (1984)
Guide régissant l'établissement d'un laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire (1982)
Hôtellerie pour malades (1978)
Imagerie par résonance magnétique (1986)
Les services gériatriques dispensés dans les hôpitaux de soins actifs
A : Unités d'évaluation et de traitement gériatriques
B : Hôpitaux de jour pour personnes âgées (1990)
L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique (1988)
Programme de médecine physique et de réadaptation (1986)
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires (1986)
Programme de traitement des lésions de la moëlle épinière (1986)
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal (1986)
Programmes de traitement de la douleur chronique (1990)
Services pour diabétiques (1989)
Services d'inhalothérapie (1987)
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux (1986)
Services de soins intensifs (1988)
Services de soins palliatifs (1989)
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents (1985)
Services de toxicomanie dans les hôpitaux (1984)
Services de visualisation du sein : mammographie (1986)
Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les établissements de soins prolongés (1990)
Services d'urgence préhospitaliers (1985)
Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble (1986)
Services hospitaliers de don d'organes et de tissus (1986)
Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale (1990)
Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux (1982)
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux (1988)

Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)
Unité de chirurgie de jour (1982)
Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux (1985)
Unités de gériatrie - Hôpitaux de jour pour personnes âgées (1979, sous révision)
Unité de médecine de jour dans l'hôpital (1984)
Unité de médecine nucléaire (1985)
Unité de médecine physique et de réadaptation (1986)
Unité de soins aux brûlés (1985)
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier (1979)
Unité de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals (1986)
Unité de tomodensitométrie (1986)
Unité d'urgence dans les hôpitaux (1981)